

пию мазков проводили для исключения *N. gonorrhoeae* и выявления *T. vaginalis*. Урогенитальный хламидиоз в виде моноинфекции наблюдался у 9 (19,6%), хламидийно-уреаплазменная инфекция – у 22 (47,8%), хламидийно-микоплазменная – у 8 (17,4%), хламидийно-гарднереллезная – у 7 (15,2%). Топическая диагностика, проводившаяся всем пациентам с помощью ультразвукового исследования и уретроскопии, выявила, что наиболее часто у пациентов встречается хронический катаральный простатит – 18 (39,1%) больных, хронический фолликулярный простатит – 28 (60,9%), хронический катаральный колликулит – 39 (84,8%), литтреит – 36 (78,3%), а хронический тотальный уретрит наблюдался у всех пациентов – 46 (100%).

Препарат «Клабакс» мы применяли по 500 мг 2 раза в день в течение 20 дней для создания достаточной концентрации препарата в сыворотке крови и большего проникновения в ткани, а также для перекрытия 6-8 циклов развития хламидий во избежание персистенции. В комплексной терапии клабакс назначали на фоне иммуномодуляции (амиксин), витаминотерапии, ферментотерапии (вобэнзим), препаратов предстательной железы (витапрост), сосудистых препаратов (эскузан), адекватного местного лечения и физиотерапии.

Побочные эффекты, вызванные применением клабакса, проявились в виде тошноты и небольшой боли внизу живота у одного (2,6%) больного и прошли в течение 2 дней, что не потребовало прекращения приема препарата.

В результате лечения элиминация возбудителя (по данным ПИФ и ПЦР, через один месяц после окончания лечения) произошла у 37 (97,4%) больных, клиническое излечение наблюдалось у 34 (89,5%), клиническое улучшение – у 4 (10,5%).

Таким образом, применение клабакса в комплексном лечении хламидийного уретропростатита продемонстрировало этиологическую и клиническую эффективность данной схемы, высокую комплаентность при незначительных побочных эффектах, что соответствует требованиям ВОЗ.

УРЕТРИТЫ У МУЖЧИН: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Е.В. Шишова

ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Актуальной современной медико-социальной проблемой являются воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, обусловленные патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, что связано с возможностью развития тяжелых осложнений, связанных с репродуктивной функцией. Социальное значение заболеваний, вызывающих нарушение репродуктивной функции, обусловлено как снижением фертильности, так и увеличением

прямых и косвенных затрат, связанных со снижением качества жизни больных. Частота воспалительных урогенитальных заболеваний резко возрастает с дебютом половой жизни, что в большей степени связано с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП) [2].

Важная роль отводится уретритам, ассоциированным с ИППП, что обусловлено возможностью развития различных осложнений и нарушений репродуктивной функции. Клинические симптомы уретрита развиваются у 40-50% больных, у 20-30 % пациентов уретрит протекает субъективно асимптомно. Это приводит к позднему обращению к специалистам и развитию таких осложнений, как орхит, везикулит, эпидидимит, простатит (а также эндометрит, сальпингоофорит у женщин – половых партнерш). Например, первичное обращение на стадии осложнений происходит в 30-40% наблюдений при хламидийной инфекции [1]. Терапия осложнений представляет значительные трудности, в связи с чем раннее выявление больных уретритом и их адекватное лечение могут предотвратить развитие осложнений и снизить частоту нарушений репродуктивной функции.

Клиническое значение негонококковых уретритов у мужчин заключается:

- в повышении риска передачи и приобретения ВИЧ-инфекции при половых контактах;
- в риске развития последующего бесплодия у женщин;
- в развитии возможных осложнений: артрита, эпидидимита и простатита.

Клиническая картина уретрита характеризуется уретральными выделениями, дизурией, гиперемией и (или) отеком области наружного отверстия уретры. Диагноз уретрита подтверждается обнаружением увеличенного количества полиморфноядерных лейкоцитов в переднем отделе уретры или первой порции мочи.

Диагноз гонококкового уретрита базируется на результатах микроскопического (окраска по Граму) или культурального (обнаружение *N. gonorrhoeae*) исследований, в то время как диагноз негонококкового уретрита требует таких доказательств, как наличие клинических симптомов заболевания и (или) обнаружения полиморфноядерных лейкоцитов в материале уретры (при отсутствии *N. gonorrhoeae*) [7].

Среди негонококковых уретритов самым распространенным является хламидийный уретрит. Негонококковые нехламидийные уретриты называются неспецифическими, но предпочтительнее пользоваться термином «негонококковый уретрит» (НГУ), чем «неспецифический уретрит», так как негонококковыми являются и специфические уретриты (трихомонадный, герпетический и другие).

Эпидемиологические данные. На долю НГУ у мужчин приходится до 65% наблюдений среди больных с воспалительными заболеваниями мочеполовой системы. В США в течение 70-х гг. доля негонококковых уретритов возросла с 19 до 78%, а в некоторых районах – до 85% наблюдений. При этом самой распространенной является

хламидийная инфекция, а также доля хламидийных уретритов среди негонококковых является наибольшей. В Великобритании пик заболеваемости негонококковыми уретритами отмечен в конце 70-х – начале 80-х гг., после чего с 1986 по 1993 г. наступило резкое снижение числа больных, а затем заболеваемость вновь начала неуклонно расти и в 1995 г. зарегистрировано свыше 60000 больных НГУ [4].

Этиологическими агентами негонококкового уретрита могут также являться *Ureaplasma urealyticum* в 20-40 % наблюдений. Исследования, продемонстрировавшие связь *Ureaplasma urealyticum* с развитием уретрита, основываются, в частности, на результатах эффективного этиотропного лечения больных. В одном исследовании (М.С. Shepard, 1978) показано, что при лечении больных НГУ субоптимальными дозами доксицилина симптомы уретрита исчезают одновременно с эрадикацией инфекционного агента и вновь рецидивируют при реинфекции.

Возможным патогеном при негонококковом уретрите на протяжении последних 40 лет рассматривалась *M. hominis*. Однако недавние исследования показали, что данный микроорганизм одинаково часто колонизирует уретру больных уретритом и здоровых лиц, поэтому на сегодняшний день *M. hominis* не считается возбудителем негонококкового уретрита [5].

В последние годы проведены исследования, доказавшие связь *Mycoplasma genitalium* с развитием уретрита. Данный патоген впервые обнаружен при НГУ в 1981 г. Методом ПЦР *Mycoplasma genitalium* обнаруживается у 23-25% больных с НГУ и лишь у 6% здоровых мужчин, что свидетельствует в пользу концепции роли этого микроорганизма в развитии уретрита [10].

Считается, что наиболее частым возбудителем негонококкового уретрита у мужчин является *Chlamydia trachomatis* (23-55%, в среднем – 40%), *Ureaplasma urealyticum* (20-40%, в среднем – 30%, по другим данным – 10-20%), *Mycoplasma genitalium* (12-25%), *Trichomonas vaginalis* 2-5% и 5-11% [3, 4, 9].

Диагностика НГУ основывается на оценке клинического и лабораторного методов обследования. Для лабораторной идентификации *C. trachomatis* – это культуральный метод, метод ПЦР; *U. urealyticum* – культуральное исследование (или ПЦР-Real Time), *M. genitalium* – метод ПЦР. Также необходимо проведение микроскопического исследования клинического материала уретры или мочи (обнаружение повышенного количества лейкоцитов более 5).

Эффективным методом лабораторной идентификации является ПЦР, обладающей высокой чувствительностью, что позволяет использовать первую порцию мочи, в то время как для культурального метода исследования применяется инвазивная манипуляция.

Лечение НГУ. Препаратами выбора являются макролиды и препараты группы тетрациклинов, которые обладают высокой в отношении *C. trachomatis* и генитальных микоплазм эффективностью. При этом

тетрациклин лучше применять при лечении хламидийного уретрита, чем при НГНХУ. Используются также группы фторхинолонов.

При хламидийном, или уретрите, обусловленном *C. trachomatis* и (или) *U. urealyticum*, назначается азитромицин внутрь в однократной дозе 1,0 г, при этом создается высокая внутриклеточная концентрация препарата. Несмотря на то, что препарат дороже антибиотиков тетрациклинового ряда, однократность его применения делает его предпочтительным для пациентов. Так же эффективен прием внутрь доксициклина по 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней или тетрациклина по 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней. Другие тетрациклиновые препараты, такие, как миноциклин и окситетрациклин, являются равно эффективными. Альтернативным препаратом является офлоксацин – по 300 мг внутрь через 12 часов в течение 7 дней [6].

Все половые партнеры больных уретритом должны быть обследованы и пролечены, если с момента обнаружения симптомов не прошло 60 дней. Во время лечения и до исчезновения симптомов у всех партнеров половые контакты не рекомендуются. Если у пациентов имеет место персистирование симптомов или рецидив вследствие несоблюдения первоначального режима лечения или вследствие реинфицирования от нелеченного партнера, курс надо повторить с самого начала. Если ни первое, ни второе не имело место, необходимо провести культуральное исследование на трихомонадную инфекцию. При наличии положительного результата необходимо провести лечение метранидазолом (2 г однократно внутрь или по 500 мг 2 раза в сутки на протяжении 7 дней). В отсутствие трихомонадной инфекции или при персистирующем или рецидивирующем уретрите применяют лечение эритромицином (500 мг перорально 4 раза в день 7 дней) [8].

Рекомендации по ведению больных уретритом можно представить следующим образом.

1. Оценить анамнез и клиническую картину уретрита, получить клинический материал для лабораторного исследования.
2. Провести микроскопические исследования (если необходимо, повторить исследование в утренние часы за 3 часа до мочеиспускания).
3. Для исключения гонококковой инфекции проводится микроскопическое исследование уретрального отделяемого с окраской по Граму; если окрашивание по Граму дает отрицательный результат, то провести культуральное или некультуральное исследование (ПЦР-тест) на *N. Gonorrhoeae*.
4. Исключить наличие хламидийной инфекции с помощью диагностического теста на *C. Trachomatis*.
5. При выявлении *N. gonorrhoeae* провести соответствующее лечение (одной дозой ципрофлоксацина – 500 мг, или офлоксацина – 400 мг перорально; или цефтриаксона – 250 мг внутримышечно плюс 7-дневное лечение доксициклином, перорально 100 мг 2 раза в день).

6. Если уретрит негонококковый, то провести лечение доксициклином, 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней или одной дозой азитромицина – 1,0 г внутрь.
7. Обследовать и провести лечение полового партнера, обычно по такой же схеме или на основании результатов дополнительных диагностических тестов.
8. Последующее наблюдение (по показаниям):
 - а) через 3-5 дней после завершения лечения гонореи;
 - б) через 2-4 недели после окончания лечения негонококкового уретрита.

Учитывая возможность наличия осложнений (везикулит, простатит и др.), решение о проведении дополнительных исследований (УЗИ, уретроскопия, ТРУЗИ и др.) в каждом клиническом наблюдении принимается врачом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов О.Л., Халдин А.А., Фадеев А.А. Негонококковые уретриты: эпидемиология, диагностика и терапия. // Рос. мед. журн. – 2004. – № 12 (4/204). – С. 165-166.
2. Кисина В.И., Ковалык В.П., Колиева Г.Л. // Трудный пациент. – 2005. – Т. 3, № 2. – С. 3-6.
3. Barton S.E., Hay P.E. (ed.) Handbook of genitourinary medicine. Arnold. – London, 1999. – 277 p.
4. Hanno P.M., Malkowicz S.B., Wein A.J. (ed.) Clinical Manual of urology, 3rd ed. – McGraw-Hill, N.Y., 2001. – 293 p.
5. Heying W., Meiqin S., Weihong L. et al. // Int. J. STD AIDS. – 2001. – № 12 (suppl. 2). – 107.
6. Hillis S.D., Coles F.B., Lithcfield et al. // Sex. Trans. Dis. – 1998. – № 25. – P. 5-11.
7. Horner P.J. // Int. J. STD AIDS. – 2001. – 12 (suppl. 3). – P. 63-67.
8. Price M.A., Zimba D., Hoffman I.F. et al. // Sex. Transm. Dis. – 2003. – V. 30, № 6. – P. 516-522.
9. Siroky M.B., Edelstein R.A., Crane R.J. (ed). Manual of Urology. Diagnosis and Therapy. 2nd ed. Lippincott Williams and Wilkins. – Philadelphia, 1999. – 362 p.
10. Taylor-Robinson D. // Curr. Opinion Infect. Dis. – 1995. – № 8. – P. 16.